



**WELL CHILD EXAM - LATE
CHILDHOOD: 8 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 8 ЛЕТ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		КЕМ ДОСТАВЛЕН		ДАТА РОЖДЕНИЯ		
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА				
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:		
	ДА НЕТ		ДА НЕТ		Когда мой ребенок просыпается, то выглядит отдохнувшим.		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Мой ребенок хорошо учится в школе. У моего ребенка есть близкий друг (друзья). Мой ребенок ежедневно получает физическую нагрузку.		
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE		HEIGHT CM/IN. PERCENTILE		BLOOD PRESSURE		Diet _____ Sleep _____ <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral <input type="checkbox"/> Hct/Hgb	
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history							
Screening:		MHZ	R	L	Health Education: (Check all discussed/handouts given)		
Hearing	4000	_____	_____	<input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Development	<input type="checkbox"/> Regular Physical Activity <input type="checkbox"/> Seat Belt	<input type="checkbox"/> Reading/Homework <input type="checkbox"/> Passive Smoking	
	2000	_____	_____	<input type="checkbox"/> Bedtime Rules <input type="checkbox"/> Helmets	<input type="checkbox"/> Puberty <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Dental Care	
Vision	1000	_____	_____				
	500	_____	_____				
Vision	R 20/	_____	L 20/	_____			
Development	N	<input type="checkbox"/>	A				
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Social/Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Physical:	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assessment/Plan: _____ _____ _____	
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Describe abnormal findings and comments: _____ _____ _____							
IMMUNIZATIONS GIVEN							
REFERRALS							
NEXT VISIT: 10 YEARS OF AGE				HEALTH PROVIDER NAME			
HEALTH PROVIDER SIGNATURE				HEALTH PROVIDER ADDRESS			

DSHS 13-685B RU (REV. 08/2004)

 SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician Yellow - Parent/Guardian

LATE CHILDHOOD: 8 YEARS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (8 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Bed-wetting

Most children who wet the bed overcome the problem between 6-10 years of age. Even without treatment all children eventually get over it. It is important for primary care practitioners to discuss with parents any concerns about their child's incontinence and potential treatment options during the annual exam. Use clinical judgment with treatment.

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose. Hepatitis B vaccine is required for school entry.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | States phone number, home address. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Has close friend(s). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reading and math at grade level. |

Instructions For Developmental Milestones

If you have checked "no" on any two items, refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 8 ЛЕТ

WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 8 YEARS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 8 ЛЕТ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		КЕМ ДОСТАВЛЕН:		ДАТА РОЖДЕНИЯ			
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА					
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:			
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Мой ребенок завтракает каждый день.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Когда мой ребенок просыпается, то выглядит отдохнувшим.	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Мой ребенок хорошо учится в школе.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Мой ребенок должным образом справляется со стрессом, гневом, разочарованием.		
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		У моего ребенка есть близкий друг (друзья).		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Мой ребенок ежедневно получает физическую нагрузку.		
ВЕС, КГ/УНЦИЙ (ПРОЦЕНТИЛЬ)		РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЬ)		КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ		Питание _____		
<input type="checkbox"/> Проверка систем организма		<input type="checkbox"/> Проверка семейной истории болезней				Сон _____		
Обследования:		МГц	Прав.	Лев.		<input type="checkbox"/> Проверка карты прививок		
Слух		4000	_____	_____		<input type="checkbox"/> ТВ (Туберкулез) <input type="checkbox"/> Направление к стоматологу <input type="checkbox"/> Hct/Hgb (Гематокрит/ Гемоглобин)		
		2000	_____	_____		Санитарное просвещение: (отметьте все обсужденные темы / выданные материалы)		
		1000	_____	_____		<input type="checkbox"/> Питание <input type="checkbox"/> Уход за детьми <input type="checkbox"/> Развитие		
		500	_____	_____		<input type="checkbox"/> Регулярные физические нагрузки <input type="checkbox"/> Ремни безопасности		
Зрение		Прав. 20/_____	Лев. 20/_____			<input type="checkbox"/> Чтение/Выполнение домашней работы <input type="checkbox"/> Пассивное курение		
		Норм. Отклон.				<input type="checkbox"/> Правила подготовки ко сну <input type="checkbox"/> Шлемы <input type="checkbox"/> Уход за зубами		
Развитие		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Половое созревание <input type="checkbox"/> Другое: _____		
Поведение		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Оценка/План: _____		
Социальное/ Эмоциональное развитие		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Психическое здоровье		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Физическое состояние:		Норм. Отклон.		Норм. Отклон.				
Общий внешний вид		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Грудная клетка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Кожа		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Легкие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Голова		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистая система/Пульс	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Глаза		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Живот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Уши		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Половые органы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Нос		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Позвоночник	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ротовая полость/Зубы		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Конечности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Шея		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Неврологическое состояние	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Узлы		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Походка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Опишите обнаруженные аномалии и ваши замечания: _____ _____ _____								
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 10 ЛЕТ				ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ				
ПОДПИСЬ ВРАЧА				АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ				

Здоровье вашего ребенка в 8 лет

Важнейшие моменты

Как развивается ваш ребенок в возрасте от 8 до 10 лет.

У детей продолжают появляться коренные зубы, тогда как молочные выпадают.

У некоторых девочек в возрасте 8-10 лет начинает расти грудь. Поговорите с девочкой о ее растущем теле, когда это начнется.

Восьмилетние дети уже сами могут стелить себе постель, накрывать на стол и мыться.

Вы можете научить ребенка многим новым вещам, беседуя и играя с ним.
Пограйте в такую игру, которая научит его подавать сигналы руками или говорить «нет», когда незнакомый человек предлагает его подвезти.

Помощь или подробная информация

Здоровье и развитие детей: информация о программе «Здоровые мамы – здоровые дети» (Healthy Mothers, Healthy Babies) и направления по телефону 1-800-322-2588.

Безопасность автомобильных сидений: Коалиция по защитным удерживающим устройствам (Safety Restraint Coalition): 1-800-BUCK-L-UP или 1-800-833-6388 (TTY).

Безопасность при хранении и обращении с огнестрельным оружием: горячая линия по вопросам безопасного хранения – 1-800-LOK-IT-UP (565-4887).

Воспитание детей и поддержка: Семейная справочная служба – 1-800-932-HOPE (4673), организация Family Resources Northwest – 1-888-746-9568, занятия в местных общественных колледжах.

Советы по сохранению здоровья

Поговорите со своим врачом насчет проверок слуха и зрения, если они не проводятся в школе ребенка.

Ваш ребенок должен ежедневно чистить зубы, используя зубную пасту, содержащую фтор. Он обязательно должен посещать стоматолога каждые полгода. Спросите у стоматолога, когда вам следует начать учить ребенка пользоваться зубной нитью (или когда он должен начать чистить зубы зубной нитью).

Для особо «занятых» детей у вас дома всегда должны быть легкие закуски. Вашему ребенку необходимы фрукты, овощи, соки и хлеб для роста и энергии. Газированные напитки, леденцы и чипсы следует употреблять не чаще одного раза в неделю.

Советы по воспитанию детей

Большинство детей учится на наглядных примерах. Показывайте и объясняйте им, как выполнять ту или иную работу. Затем попросите ребенка, чтобы он повторил то же самое, а сами наблюдайте за ним. Сначала скажите, что он сделал правильно, а уже затем объясните, что нужно делать по-другому.

В этом возрасте многие дети не могут сосредоточить внимание на чем-то одном в течение более 15 минут. Поручаемое дело или выполнение уроков должны быть короткими. Детям необходимы частые напоминания о том, как делать ту или иную работу, а также много похвалы.

Восемь лет – это подходящий возраст для того, чтобы у ребенка появилось какое-то увлечение. Помогите ребенку найти то занятие, с которым он будет хорошо справляться. Чтение может быть одним из средств, которые помогут найти увлечение.

Советы, касающиеся безопасности

Учите ребенка, как вести себя на улице, а также безопасности при катании на велосипеде. Попросите его рассказать вам, как следить за машинами и переходить улицу по сигналам светофора.

Даже те дети, которые умеют плавать, не будут в безопасности, находясь на воде без присмотра. Не позволяйте детям играть вблизи ручьев, рек, озер, оросительных каналов или канав без присмотра взрослых.

Ребенок должен научиться подавать сигналы руками при езде на велосипеде. К девяти годам он будет готов к тому, чтобы самостоятельно кататься на улице и переходить улицу.

Простое правило, которое позволит защитить ребенка от многих опасностей: «Всегда говорите родителям или другим взрослым людям, когда кто-то просит вас не рассказывать о чем-то или хранить тайну».